







EMAD CUIDADO PALIATIVO PBH  
**PRONTUÁRIO HUMANIZADO**

	QUAL É MEU NOME? _____
	QUAL MINHA IDADE? _____ <b>COMO GOSTO DE SER CHAMADO?</b> _____
	QUAL MEU PAPEL NA MINHA FAMÍLIA? _____
	QUEM É O MEU PRINCIPAL ACOMPANHANTE OU CUIDADOR? _____
	OQUE ME DEIXA FELIZ OU REDUZ MEU SOFRIMENTO? _____
	OQUE CAUSA OU PIORA MEU SOFRIMENTO? _____
	COMO ME RELACIONO COM A RELIGIÃO OU ESPIRITUALIDADE? _____
	<b>DESEJO PARTICIPAR ATIVAMENTE DE TODAS AS DECISÕES SOBRE                  MEU TRATAMENTO? SIM _____ NÃO _____</b> <b>CASO NEGATIVO, AS INFORMAÇÕES E DECISÕES PODEM SER                  REPASSADAS PARA _____</b>
<b>INFORMAÇÕES RELEVANTES:</b> _____ _____ _____ _____ _____	